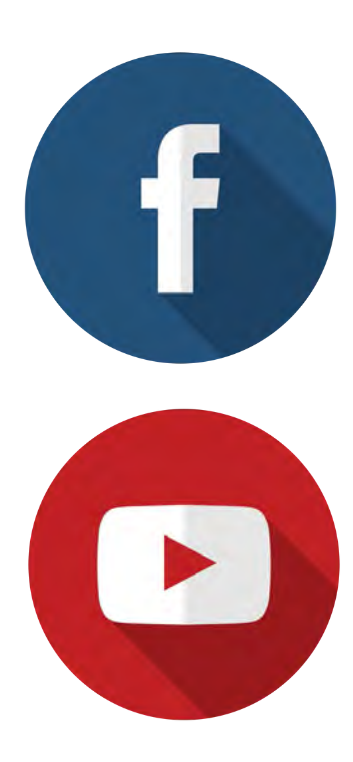
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Érysipèle

Dr saad djaballah

INTRODUCTION

- Dermohypodermite aigue non nécrosante
- Bactérienne : streptococcique
- Commune
- Bénigne 50 %
- Gravité: terrain, sévérité du tableau local
  systémique
- Mortalité : 0,5 % ; pathologies associés
- Complications: exceptionnelles
- Membres inferieurs 85%
- Récidive ++++

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Adulte : ++++ F > H
- Incidence: 10 – 100 cas / 100000 habitant
- Facteurs de risque:

  locaux: lymphoedeme

  ulcère de jambe

  intertrigo

  insuffisance veineuse

  généraux: obésité

CLINIQUE

Topographie

- Membres inferieurs 85 %
- Face 5 – 10 %
- Membres supérieurs
- Thorax
- Abdomen
- Région fessière

Érysipèle du membre inferieur

- Début brutal
- Signes :

généraux: fièvre; 39° - 40°c

frissons

locaux: placard inflammatoire, rouge,

chaud, douloureux, œdémateux

La douleur: intense, pulsatile,

exacerbée par la mobilisation

Examen clinique

- Œdème du membre
- Peau chaude, tendue, luisante , rouge vif
- Pétéchies +/ -
- Bulles +/ -
- Pas de limites nettes
- Pas de bourrelet périphérique
- Adénopathie satellite

Examen clinique

- Porte d'entrée:

ulcère de jambe

Plaie punctiforme

Intertrigo fissuraire

Dermatose excoriée



Érysipèle de la face

- Début brutal: frissons
  fièvre: 39 – 40
- Céphalées
- Vomissements : + / -
- Signes locaux

Sémiologie

- Infiltration chaude, indurée, douloureuse,

  commence: lésion initiale

  se bilatéralise: recouvre la racine du nez, joues

  aile de papillon

  bien limité: bourrelet œdémateux,

  rouge-violacé

- Adénopathie satellite constante

  prétragienne, sous maxillaire


(C) E. PIERARD
http://dermatologie.free.fr

ÉVOLUTION

- *Sous traitement antibiotique:*

  apyrexie: 72 h

  signes locaux: 7 jours

  guérison: 8 - 10 jours

- *Spontanée*: lente

  guérison: 2 - 3 semaines

  complications ++++

COMPLICATIONS

- Rares

- Systémiques:

  diffusion septicémique; exceptionnelle immunodépression

- Locales:

Abcès localisés, Phlegmon
→ drainage chirurgical

Adénite: exceptionnelle

Fasciite nécrosante: AINS

Thrombose veineuse profonde:
rare: 0.7 - 4.9 %
rechercher systématiquement

- Récidive:

  fréquente : 20 %

  persistance porte d'entrée

  insuffisance veineuse

  insuffisance lymphatique

- Tardives: GNA post- streptococcique

PARA CLINIQUE

- Orientation;

    NFS: hyperleucocytose à polynucléose

- Certitude;

    Hémoculture

    Prélèvements des vésicules, phlyctènes



isolement du germe:

streptocoque β hémolytique A++,(C,G +)

- *Radio des parties molles:*

  crépitations neigeuses sous cutanées

  infections anaérobies

- *Echo doppler des membres inferieurs:*

  thrombose veineuse profonde

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

- Clinique ++++

- Membres:

  grosse jambe rouge aigue fébrile

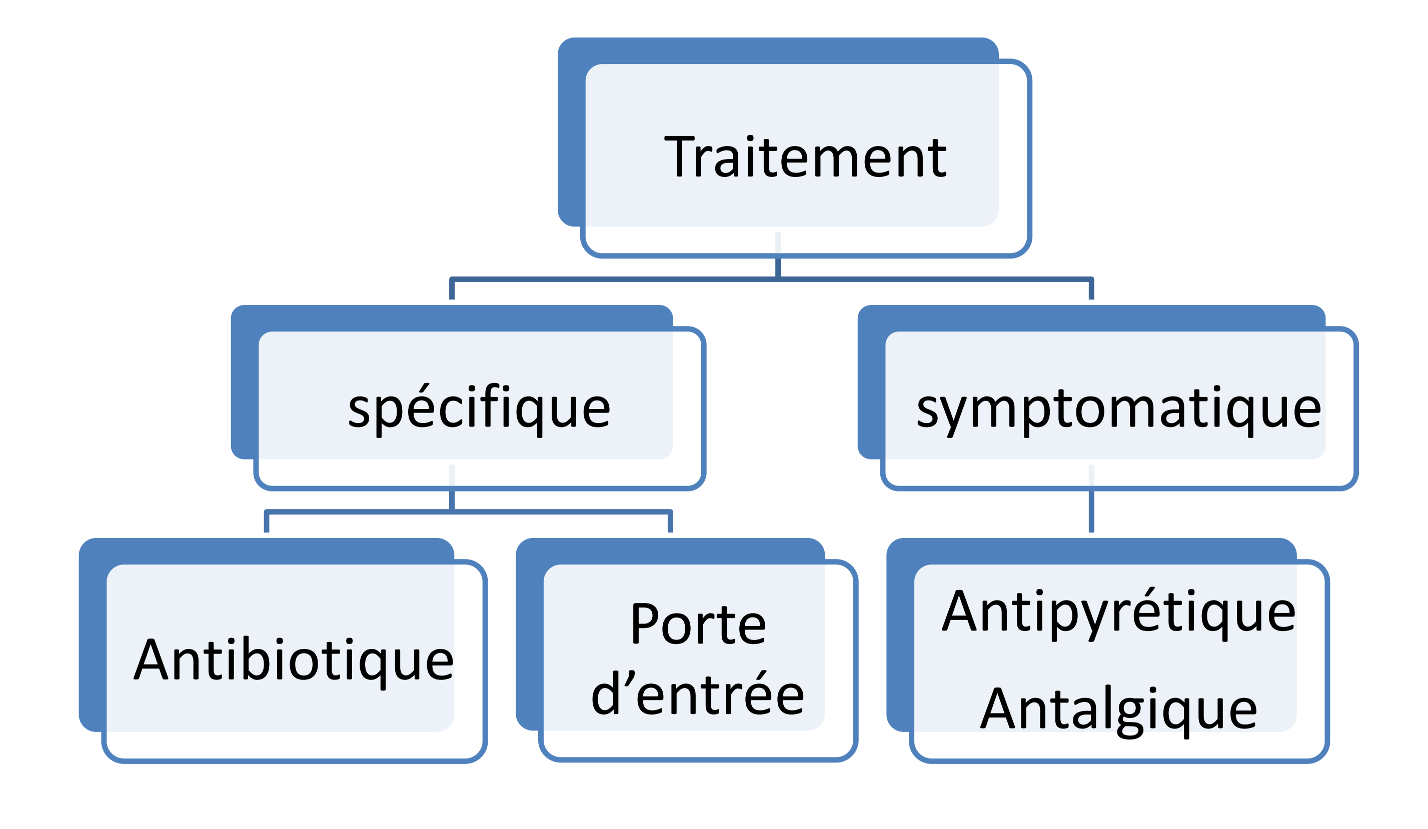
- Visage:

  placard rouge en aile de papillon bien limité

Diagnostic différentiel

- Dermohypodermite nécrosante: fasciite nécrosante
- Phlébites superficielles / profondes
- Dermohypodermite bactérienne aigue à germes spécifiques : pasteurellose, toxicomanie
- Dermites de stase

TRAITEMENT


Traitement
spécifique
symptomatique
Antibiotique
Porte d'entrée
Antipyrétique
Antalgique

Antibiotique

Anti- streptococcique

→ Beta lactamines: première intention

- *pénicilline G:* de référence

  10 - 20 Millions Unités / jour

  intraveineuse

  4 perfusion / 24 H

  hospitalisation ++

Antibiotique

- *Amoxicilline* : plus utilisé

  per os

  3 - 4.5 g / jour

  3 prises / jour

- *Pénicilline V*: relais à la Péni G

  3 - 6 Millions Unités / jour

  3 prises / jour

Antibiotique

→ Macrolides et apparentés:

- Pristinamycine = pyostacine
  allergie au beta lactamines
  2 - 3 g / jour
  3 prises / jour
- Autres macrolides
- *Clindamycine*

Local

1. Antiseptique — Antibiotique local
   → sans intérêt
2. Lavage biquotidien à l'eau savonneuse
3. AINS: contre indiqué
4. Porte d'entrée: intertrigo
   ulcère de jambe

symptomatique

- Antipyrétique antalgique

  paracétamol

- AINS contre indiqué ⟹ **fasciite nécrosante**

- Corticoïdes: contre indiqués

- Anticoagulants: risque thromboembolique

Comment traiter

- **Critères d' Hospitalisation:**

D'emblée: doute diagnostic

co morbidité

Signes généraux importants

suivi ambulatoire impossible

Secondairement: pas d'apyrexie après 72 H

Nouveaux signes locaux généraux

Décompensation maladie associée

Indications

- À domicile : souvent
- Hospitalisation: cf critères

1. *Antibiotique :*

si hospitalisation: Péni G

relais Péni V

10 - 20 jour

à domicile : Amoxicilline

Indications

- Si allergie: pristinamycine

  10 - 20 jour

2. Antalgique / Antipyrétique

3. Porte d'entrée

PRÉVENTION

Primaire

lutter contre les facteurs de risque

portes d’entrées

Secondaire

contre les récidives

Indications:

1. plusieurs récidives
2. facteurs favorisants difficilement contrôlables

Moyens: antibiothérapie:

Péni V : 2 – 4 Million Unité/ jour per os

Extencilline: 2.4 Million / 15 - 21 jour IM

à vie

Impétigo

Généralités

- Pyodermite
- Infection cutanée superficielle épiderme
- Streptocoque A +++; staphylococcus aureus +
- Jeune enfant
- Visage +++

Généralités

- Contagieuse
- Auto – inoculation
- conditions d'hygiène : +++++
- Petites épidémies familiales / collectivités

Clinique

- Siège: Autour des narines, bouche
  Membres
- Évolution cyclique:
  Papule rouge
  vésicule
  pustule
  croute mellicerique
- Indolores
- Pas de fièvre



Diagnostic

- Clinique +++
- Certitude: prélèvement de vésicules

↓

Isolement du germe: strepto A +++
staph aureus +

Traitement

- *Antiseptiques locaux pluriquotidiens*
- *Pommade :* antibiotique *acide fusidique* biquotidienne
- *Corticoïdes* → contre indiqués
- *Cefalexine*: lésions multiples étendues
  antistaph + antistrepto
  50 mg / kg / jour
  10 jours

Fasciite nécrosante

Généralités

- Gangrène streptococcique hémolytique
- Dermohypodermite bactérienne aigue maligne
- Infection du fascia superficiel et/ou profond des muscles d'un membre ou du tronc
- Germe provenant de la flore cutanée introduits dans les tissus par traumatisme:

  banal ou chirurgical
- Streptocoque A : 60%

Clinique

- Début brutal
- Douleur intense
- Malaise général, sepsis
- Fièvre, frissons
- Aspect toxique
- Localement: érythème de la peau → nécrose
- Palpation: sensibilité ++++

Traitement

- Urgence médicochirurgicale
- Médical: bi / triple antibiothérapie
- Chirurgical : urgent

  excision totale des tissus nécrosés
- Mesures de réanimation



Syndrome du choc toxique streptococcique

Isolement du streptocoque de groupe A (*Streptococcus pyogenes*) dans un foyer normalement stérile (p. ex., sang, liquide céphalorachidien, liquide pleural)*

et

Hypotension (cinquième percentile de tension artérielle systoliquechez l'enfant ou moins de 90 mmHg chez l'adolescent)

et au moins deux des troubles suivants :

1.Atteinte rénale (créatinine plus de deux fois la limite supérieure pour l'âge)
2.Coagulopathie (moins de 100 000 × 106 U/l ou signes de coagulopathie intravasculaire disséminée)
3.Atteinte hépatique (sérum glutamopyrurique transaminase, sérum glutamo-oxalacétique transaminase ou bilirubine plus de deux fois la limite supérieure normale)
4.Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (infiltrats pulmonaires et hypoxémie sans insuffisance cardiaque ou œdème généralisé)
5.Éruption érythémateuse généralisée parfois accompagnée d'une desquamation
6.Nécrose des tissus mous sous forme de fasciite nécrosante, de myosite ou de gangrène